

# 八潮市子ども医療費支給申請書 記入例

こども

様式第4号(第5条関係)

八 潮 市

八潮市子ども医療費支給申請書														
(宛先) 八潮市長				令和5年11月1日										
				住所 八潮市中央1-2-1										
				(受給資格者) 氏名 八潮 金太郎										
				TEL (996)-2111										
対象となる子ども				加入医療保険										
受給者 番号	1	2	3	4	5	6	7	記号	012	番号	3456			
フリガナ	ヤシオ モモタロウ							保険者番号	1	1	0	3	4	6
氏名	八潮 桃太郎							名	八潮市					
生年月日	平成5年4月1日 令和							称	国保(組合) 社保事務所 支部(協会けんぽ) 健保組合 共済組合 その他					
診療月	令和5年10月分							未 就						
<b>&lt;確認事項&gt;</b>														
1. 学校行事や部活動などでの怪我または交通事故による医療費ですか。										はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
2. 入院等で21,000円以上の医療費を自己負担されましたか。										はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ			
⇒「はい」とお答えの方														
①ご家族で同月に医療費が21,000円以上かかった方はいますか。										はい	<input type="radio"/> いいえ			
②限度額適用認定証の交付を受けましたか。										はい	<input type="radio"/> いいえ			

注意) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領収書がない場合は、医療機関で証明をもらってください。(保険点数、領収金額、診療年月)

(科)	領収書	入院日	外来
¥	ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) - 入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない -		
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
入院時食事療養標準負担額	¥	(算定食数 食)	処方元医療機関名(薬局記入欄)
年	月	日	様
			医療機関等所在地 名称 氏名
			印

同じ月で医療機関(薬局分も別)が違う時 } は、それぞれ1枚必要になります。  
同じ月に入院と通院がある時

※月単位での計算となりますので診療月の翌月以降に子育て支援課か駅前出張所に  
ご提出をお願いいたします。20日締め翌月25日支払いになりますのでご了承ください。